

আইনের শর্ত অনুসারে ডি.এস.এইচ.এস. (DSHS) এর দায়িত্ব হল আপনাকে আপনার গোপনীয়তা সংক্রান্ত অধিকারগুলি সম্পর্কে জানানো। এই নোটিশটি আপনার ডি.এস.এইচ.এস. এর (DSHS) পরিষেবা পাওয়ার যোগ্যতাকে প্রভাবিত করবে না।

এই নোটিশে বর্ণনা করা হয়েছে কীভাবে আপনার চিকিৎসা সংক্রান্ত এবং অন্যান্য তথ্য ব্যবহার করা অথবা প্রকাশ করা হতে পারে এবং আপনি কীভাবে এই তথ্য দেখতে পাবেন। অনুগ্রহ করে এটি যত্নসহকারে পর্যালোচনা করুন।

ডি.এস.এইচ.এস এর কাছে আমার
সম্পর্কে কোন্ গোপন তথ্য আছে?

আপনি হয়ত ডি.এস.এইচ.এস. (DSHS) এর কর্মসূচি এবং বেনিফিটগুলির জন্য আবেদন করছেন অথবা তাতে অংশগ্রহণ করছেন। সেই প্রক্রিয়ার অংশ হিসেবে আপনাকে যোগাযোগ, আর্থিক এবং স্বাস্থ্য বিষয়ক গোপন তথ্য দিতে হতে পারে। আপনাকে পরিষেবা দেওয়ার জন্য অথবা আপনার সেবার জন্য অর্থপ্রদানের সময় আমরা অন্য সূত্র থেকেও আপনার সম্পর্কে গোপনীয় তথ্য পেতে পারি।

কারা আমার গোপনীয় তথ্যগুলি
দেখবেন?

কাজের জন্য আমাদের ন্যূনতম যে গোপনীয় তথ্য জানার প্রয়োজন হয়, আমরা শুধু তাই দেখে থাকি। আইনে অনুমোদিত হলে অথবা আপনি অনুমতি দিলে আমরা অন্য কর্মসূচি অথবা ব্যক্তিকে আপনার বিষয়ে তথ্যগুলি জানাতে পারি। উদাহরণস্বরূপ, স্বাস্থ্যসেবা এবং অন্যান্য পরিষেবাদানকারী যাঁরা আপনার সেবায় নিয়োজিত, তাঁদের আপনার সম্পর্কে গোপন তথ্যগুলি দিতে হতে পারে অথবা ব্যবহার করার অনুমতি দিতে হতে পারে। আমরা অতীত, বর্তমান অথবা ভবিষ্যতের তথ্য আদানপ্রদান করতে পারি।

ডি.এস.এইচ.এস (DSHS) কোন্ তথ্যের
আদানপ্রদান করে?

আমরা আপনার সম্পর্কে শুধুমাত্র সেই সব তথ্য আদানপ্রদান করি যা অন্যান্যদের কাজের জন্য প্রয়োজন। আমরা আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য পাঠিয়েছি এমন স্থানগুলির একটি তালিকা দেওয়ার জন্য আপনি আমাদের অনুরোধ করতে পারেন।

ডি.এস.এইচ.এস (DSHS) কখন
গোপনীয় তথ্যের আদানপ্রদান করে?

আমরা চিকিৎসা, অর্থপ্রদান এবং এজেন্সির কাজকর্মের জন্য তথ্য রাখি এবং আদানপ্রদান করি। আমরা নিম্নলিখিত কারণে তথ্যের আদানপ্রদান করতে পারি :

- চিকিৎসা সঠিক হচ্ছে কি না তা নির্ধারণ করার জন্য।
- স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের পরিষেবার জন্য অর্থ প্রদান করার সময়।
- পরিষেবা অথবা বেনিফিট পাওয়ার ক্ষেত্রে আপনার যোগ্যতা নির্ধারণ করার জন্য।
- পরিষেবা প্রদানকারীদের কাছ থেকে আপনি যে সেবা পাচ্ছেন তার মান নির্ধারণের জন্য।

আমি কি আমার সম্পর্কিত তথ্যগুলি
দেখতে পারি?

আপনার সম্পর্কে আমাদের কাছে যে তথ্য আছে আপনি তা দেখতে পাবেন। যদি ডি.এস.এইচ.এস (DSHS) এর একাধিক অংশে আপনার রেকর্ড থাকে, তাহলে আপনি আমাদের জানাবেন, কোন্ রেকর্ড আপনি দেখতে চান। আপনি অনুরোধ করলে আমরা সেই তথ্যের একটি কপি দিতে পারি। আপনার রেকর্ডের কপি অর্থের বিনিময়ে ডি.এস.এইচ.এস. এর (DSHS) কাছ থেকে পেতে হতে পারে।

আমি কি আমার রেকর্ডগুলি পরিবর্তন
করতে পারি?

আপনি যদি মনে করেন যে আমাদের রেকর্ডে আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কে যে তথ্য আছে তা ভুল, তাহলে তা সংশোধন করার জন্য অথবা নতুন তথ্য যোগ করার জন্য আপনি আমাদের কাছে লিখিত অনুরোধ পাঠাতে পারেন। আপনি সেই সংশোধনগুলি এমন সকলকে পাঠানোর জন্য অনুরোধ করতে পারেন যাঁরা আপনার রেকর্ডের কপি পেয়েছেন।

যদি অন্য কেউ আমার সম্পর্কে গোপনীয়
তথ্য চায় তাহলে কী হবে?

আপনার বিষয়ে তথ্য অন্যদের জানানোর সময় আপনাকে একটি অনুমোদন ফর্মে স্বাক্ষর করতে অনুরোধ করা হতে পারে যদি :

- ডি.এস.এইচ.এস (DSHS) কে অন্য জায়গায় সেই তথ্য পাঠাতে হয়;
- আপনি চান যে আমরা অন্যান্য এজেন্সি অথবা পরিষেবা প্রদানকারীদের সেই তথ্য পাঠাই;
- আপনি কোনো অ্যাটর্নি, আত্মীয় অথবা অন্য কোনো প্রতিনিধির কাছে তথ্য পাঠাতে চান।

অনুমোদন ফর্মে আপনি যে তারিখটি উল্লেখ করবেন সেই দিন পর্যন্ত আপনার তথ্য অন্যদের জানানোর অনুমতিটি কার্যকর থাকবে। শুধুমাত্র আপনার তালিকাভুক্ত তথ্যই আমরা আদানপ্রদান করতে পারব। আপনি এই লিখিত অনুমতি প্রত্যাহার অথবা পরিবর্তন করতে পারেন।

গোপনীয় তথ্য বিষয়ে গোপনীয়তা সংক্রান্ত প্রথাগুলি সম্পর্কে ডি.এস.এইচ.এস (DSHS) এর নোটিশ

14 এপ্রিল 2003 থেকে কার্যকরী

আমার অনুমতি না নিয়েই কি গোপনীয় তথ্য আদানপ্রদান করা হতে পারে?

হ্যাঁ, কোনো কোনো সময় আপনার অনুমতি না নিয়েই গোপনীয় তথ্য আদানপ্রদান করা হতে পারে। কখনও কখনও আপনি আমাদের অনুমতি না দিলেও আইনের শর্ত অনুসারে আপনার সম্পর্কিত গোপন তথ্য আদানপ্রদানের প্রয়োজন হয়। এই পরিস্থিতির মধ্যে কতগুলি হল নিম্নরূপ :

- শিশু অথবা প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তির নিপীড়ন অথবা অবহেলার ঘটনা পুলিশ অথবা সংশ্লিষ্ট অন্যান্য এজেন্সিকে জানানোর সময়;
- আদালত যখন কোনো রেকর্ড পেশ করার আদেশ দেয়;
- অন্যান্য যে সব এজেন্সি ডি.এস.এইচ.এস. (DSHS) এর কাজকর্ম পর্যালোচনা করে তাদের তথ্য দেওয়ার সময়;
- যে সব সরকারি এজেন্সি চিকিৎসার ব্যবস্থা যেমন নার্সিং হোম এবং হাসপাতালের লাইসেন্স দেয় এবং পরিদর্শন করে তাদের সঙ্গে তথ্য আদানপ্রদানের সময়;
- আপনি পরিষেবা অথবা বেনিফিট পাওয়ার যোগ্য কি না তা নির্ধারণ করতে পরিষেবা প্রদানকারী অথবা অন্যান্য এজেন্সির সঙ্গে তথ্য আদানপ্রদানের সময়;
- বাবা-মা অথবা প্রাপ্তবয়স্কদের অভিভাবককে নির্দিষ্ট কিছু তথ্য দেওয়ার সময়;
- গবেষণার উদ্দেশ্যে তথ্য ব্যবহারের সময়।

আমার তথ্য আদানপ্রদানের সীমা এবং আমি কীভাবে তথ্য পাব তা কি আমি নির্দিষ্ট করে দিতে পারি?

আপনি আমাদের আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য ব্যবহার এবং অন্যদের জানানোর সীমা বেঁধে দিতে পারেন কিন্তু আমরা আপনার প্রস্তাবে রাজি হব এমন নাও হতে পারে। আপনি সেই তথ্য ভিন্ন ফরম্যাটে অথবা অন্য কোনো স্থানে পাঠানোর জন্য অনুরোধও করতে পারেন।

আমি কি এই নোটিশের একটি কপি পেতে পারি?

হ্যাঁ। এই নোটিশটি আপনার কাছে রাখার জন্যই পাঠানো হচ্ছে। আপনি যদি ইলেকট্রনিক মাধ্যমে এই নোটিশটি পেয়ে থাকেন, তাহলে কাগজে ছাপা একটি কপি দেওয়ার জন্য অনুরোধ করতে পারেন যা আমরা আপনাকে দেব।

গোপনীয়তা সংক্রান্ত প্রথার পরিবর্তন হলে কী হবে?

এই নোটিশের প্রথাগুলি পরিবর্তনের অধিকার আমাদের। যদি আইনের পরিবর্তন হয়, তাহলে আমরা আপনাকে এই পরিবর্তনগুলি সম্পর্কে একটি নতুন নোটিশ পাঠাব।

এই নোটিশ অথবা আমার অধিকার সম্পর্কে প্রশ্ন থাকলে আমি কার সঙ্গে যোগাযোগ করব?

যদি এই নোটিশ সম্পর্কে কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে সেই ব্যক্তিকে জিজ্ঞাসা করুন যিনি আপনাকে এটি দিয়েছেন। আপনার যদি আরও সহায়তার প্রয়োজন হয়, তাহলে ডি.এস.এইচ.এস (DSHS) প্রাইভেসি অফিসারকে (360) 902-8278 নম্বরে টেলিফোন করুন।

আমার গোপনীয়তা সম্পর্কিত অধিকারগুলি লঙ্ঘন করা হলে আমি কীভাবে সে সম্পর্কে জানাব?

যদি মনে হয় যে আপনার গোপনীয়তা সম্পর্কিত অধিকারগুলি লঙ্ঘন করা হয়েছে, তাহলে এই ঠিকানায় একটি অভিযোগ দায়ের করতে পারেন :

The DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45115, Olympia WA 98504-5115। যদি অভিযোগ দায়ের করেন, তাহলে ডি.এস.এইচ.এস (DSHS) আপনার পরিষেবা অথবা বেনিফিট এর কোনো পরিবর্তন করবে না অথবা তা বন্ধ করে দেবে না অথবা আপনার বিরুদ্ধে কোনো প্রতিশোধমূলক ব্যবস্থা নেবে না।

অথবা

The Secretary, Department of Health and Human Services (DHHS), 2000 Independence Avenue, Washington, D.C. 20201। গোপনীয়তা সংক্রান্ত অধিকার লঙ্ঘন হওয়ার 180 দিনের মধ্যে ডি.এস.এইচ.এস. (DHHS) এর কাছে আবেদন করতে হবে।



গোপনীয় তথ্য বিষয়ে গোপনীয়তা সংক্রান্ত প্রথাগুলি সম্পর্কে ডি.এস.এইচ.এস (DSHS) এর নোটিশ
14 এপ্রিল 2003 থেকে কার্যকরী
প্রাপ্তিস্বীকার

গ্রাহকের নাম (অনুগ্রহ করে স্পষ্ট হরফে লিখুন)	গ্রাহকের জন্ম তারিখ
আমি ডি.এস.এইচ.এস. (DSHS) এর গোপনীয়তা সংক্রান্ত নোটিশের একটি কপি পেয়েছি এবং ডি.এস.এইচ.এস. (DSHS) কীভাবে আমার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত গোপনীয় তথ্য ব্যবহার করবে এবং তার আদানপ্রদান করবে সে বিষয়ে প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করার সুযোগ পেয়েছি।	
গ্রাহক অথবা তাঁর ব্যক্তিগত প্রতিনিধির স্বাক্ষর	তারিখ
FOR DSHS USE ONLY (শুধুমাত্র ডি.এস.এইচ.এস (DSHS) এর ব্যবহারের জন্য)	
To be completed if unable to obtain client's or personal representative's signature.	
Describe efforts made to have the client acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices (NPP):	
Describe reason why acknowledgement was not obtained:	
STAFF MEMBER'S NAME AND TITLE (PLEASE PRINT)	ADMINISTRATION/DIVISION
STAFF'S SIGNATURE	DATE